

MODULO DI CONSENSO INFORMATO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "F. Maurolico"
Messina
sede associata Liceo "G. Galilei"
Spadafora**

I sottoscritti genitori
(specificare se altro, ad esempio affidatario o tutore)
dell'alunno/a, nato/a
ail e
frequentante la classe sez., presa visione dell'informativa di accesso ai colloqui dello
sportello d'ascolto psicologico, attivato nell'anno scolastico 2024/2025, presso il liceo "G. Galilei"
di Spadafora, sede associata dell'I.I.S. "F. Maurolico" di Messina, con l'obiettivo di fornire supporto
psicologico al personale della scuola/famiglie/alunni per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o
malessere psico-fisico, stress lavorativo e difficoltà relazionali,

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la psicologa psicoterapeuta Dott.ssa Rasà
Giusy.

In Fede

Firma padre

Firma madre

Luogo e data